

Syndrome de sevrage alcoolique périopératoire

Prévention et traitement

Prévention

Dépistage préopératoire en consultation. Sevrage préopératoire éventuel : contacter l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) de Foch. Téléphone secrétariat 2813, téléphone médecins 4468 (alcoologues Dr Jocelyne CRNAC BERTAUD et Dr Anne GERVAIS)

Prévention médicamenteuse - Par voie orale de préférence

- hydratation normale (compensation des pertes et besoins, pas d'hyperhydratation, risque d'hyponatrémie) : jus de fruits, bouillons
- vitamine B1 500 mg B6 250 mg PP 40 mg ± Acide folique 5 mg
- benzodiazépines par ordre de préférence (doses équivalentes)
Réévaluer la prescription à 6 h et 12 h
 - Valium® 10 mg / 6 h
 - Séresta® 25 mg / 6 h
 - Tranxène 10 à 20 mg / 6 h
 - Xanax® 0,5 à 1 mg / 6 h

Pendant 1 à 3 jours, diminution progressive et arrêt en 5 à 7 j.

Traitement du syndrome de sevrage constitué

Surveillance en SSPI, réa ou USI, surtout si pathologie respiratoire préexistante

Score de Ramsay à amener à S2 – S3

S1	anxieux, agité	S2	coopérant, orienté et calme
S3	répond aux ordres	S4	endormi mais répond nettement à stimulation de la glabelle ou bruit intense
S5	endormi, réponse faible aux stimulations	S6	pas de réponse aux stimulations nociceptives

Selon la sévérité, traitement PO ou IV - Risque : dépression respiratoire

- hydratation : PO comme ci-dessus ou polyionique 3 l/24 h ; apporter Mg, P, et K en plus selon ionogramme
- vitamine B1 1 g B6 250 mg PP 40 mg ± Acide folique 5 mg
- benzodiazépines
 - à demi-vie longue de préférence : Valium® titré par 5 mg puis en continu 10 à 20 mg / h ou discontinu toutes les 4 h
 - midazolam (Hypnovel®), non validé mais souvent utilisé : titration initiale puis 2 à > 10 mg/h
- si hallucinations persistantes : Haldol® 5 mg IV en 20 min, répéter toutes les 4 à 6 h
- si HTA, tachycardie : Catapressan® 150 µg SC ou IV en 20 min, répéter toutes les 6 h ou 8 h (ou bêta-bloquant Avlocardyl®)
- crise(s) convulsive(s) : benzodiazépines (Valium®, Rivotril®) ; pas de traitement anticomitial systématique pour une seule crise convulsive.

Les carbamates (Equanil®) ne sont pas recommandés.

Le rapport bénéfice risque des neuroleptiques est inférieur à celui des BZD, ne pas les prescrire en première intention. *Le Tiapridal* 300 à 600 mg / j (jusqu'à 1200 mg / j) peut être proposé de première intention chez l'insuffisant respiratoire car moins sédatif que les BZD, mais aucune étude contrôlée ne valide cette attitude, et il n'est pas efficace pour prévenir les crises convulsives.

L'alcool thérapeutique n'est pas recommandé, il n'est utilisable que pour la prévention du sevrage, pas le traitement, en cas d'hospitalisation brève et de chirurgie mineure, chez des patients non compliants à une prise en charge médicamenteuse, à doses modérées pour ne pas entraîner d'immunodépression (0,5 g/kg·j d'alcool soit au maximum 0,5 l de vin chez l'adulte).

Référence

Conférence de consensus Société Française d'Alcoologie – ANAES 17/03/1999 : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant